

KÜLÖNLENYOMAT

A

Magyar Nőorvosok Lapja

C. FOLYÓIRATBÓL

Cyclophosphamid kezelés különböző módszereivel, valamint Adriablastina és Cyclophosphamid egyidejű alkalmazásával elért eredményeink összehasonlítása a petefészekrák gyógyításában*

HERNÁDI ZOLTÁN DR., LAMPÉ LÁSZLÓ DR., TAKÁCS ISTVÁN DR.,
JUHÁSZ BÉLA DR., MAHUNKA IMRÉNÉ DR.

A Debreceni Orvostudományi Egyetem Szülészeti és Nőgyógyászati Klinikájának (igazgató: Lampé László dr. egyetemi tanár) közleménye

Összefoglalás: A szerzők a legfontosabb prognosztikai faktorok szempontjából meg- egyező betegcsoportokban hasonlítják össze a Cyclophosphamid kúraszerű és folyama- tos, valamint az Adriablastina és Cyclophosphamid kombinált kezeléssel elért terápiás eredményeket és a mellékhatásokat. A remisszió mértéke, a remisszió tartalma és a túl- élés a legkedvezőbb a kombinált kezelés esetén, a mellékhatások pedig a legenyhébbek. A Cyclophosphamid kezelés kevesebb mellékhatással terhelt, és jobb terápiás eredmé- nyeket mutat folyamatos adagolásban, mint kúraszerűben.

Kulcsszavak: petefészekrák, Cyclophosphamid, Adriablastina, terápia

A petefészekrák kezelésében a kemoterápia az első gyógyszerek alkalmazását követő két évtized során egyre növekvő jelentőségre tett szert. Ennek okai a következők:

— A petefészekráknak nincsenek korai tünetei, és a korai diagnosztika ma sem megoldott, így a daganatok mintegy 60%-a II. b-nél magasabb stá- diumban kerül felismerésre. Ezekben az előrehala- dott stádiumokban a műtéti eltávolítás lehetősége korlátozott és a hasi disszemináció miatt a sikeres radioterápia esélyei is igen rosszak.

— A szolid tumorok közül a petefészek rosszín- dulatú daganatai talán a legérzékenyebbek kemo- terápiára.

A fölhasználásra került gyógyszerek közül a leg- hatékonyabbaknak az alkiláló ágensek mutatkoz- tak. Ebben a csoportban legszélesebb körben — úgy hazai, mind nemzetközi vonatkozásban — a Cyclophosphamid terjedt el [1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 15, 16].

A gyógyszer háromféle adagolási mód szerint ke- rült felhasználásra: lökés-kezelés, kúraszerű keze- lés, folyamatos kezelés.

Az Adriablastina-t (Adriamycin) is előbb mono- kemoterápia formájában alkalmazták petefészek- rákos betegeken, és miután hatásossága bizonyí- tást nyert, került sor Cyclophosphamiddal való kombinálására [6].

Annak ellenére, hogy napjainkban szinte min- denütt polikemoterápiát folytatnak és ezt tesszük mi is, indokoltnak tartjuk korábbi, monoterápiás kezelési eljárásaink értékelését. Ennek a Cyclo- phosphamid kezelés esetén különös aktualitást köl- csönöz, hogy mint az eddigiekben legkiterjedteb- ben vizsgált eljárás, összehasonlítási alapot nyújt az újabb kezelési eljárások értékének megítélése során.

Beteganyag, Kezelési és vizsgálati módszerek

Az elmúlt 10 év során kezelt mintegy 300 pete- fészekrákos beteg közül azokat választottuk ki a három kemoterápiás eljárás összehasonlító vizs- gálatára, akik az eredményeket befolyásoló jellem- zőik tekintetében nem különböztek egymástól. Így a műtét után visszahagyott tumor, illetve tumorok legnagyobb átmérője kisebb volt mint 2 cm, a da- ganat hámeredetűnek, a klinikai stádium II. b. fe- lettinek bizonyult. A további prognosztikai fak- torok szerinti megoszlást az I. táblázatban mutat- juk be. Ilyen identikus csoportok kialakítása so- rán az értékelhető betegszám meglehetősen le- csökken. Végül is a három kemoterápiás proto- koll szerint kezelt 45 beteg terápiás eredményeit tudtuk értékelni.

A továbbiakban a Cyclophosphamidot „C” betű- vel, az Adriablastinát „A” betűvel jelöljük, így a kombinált kezelés jelölése „AC” lesz.

A kúraszerű C-kezelés során a gyógyszer ada- golását már a műtét alatt elkezdjük, infúzióban a

* Eü. M. TPB támogatással végzett kutatás

I. táblázat

A prognosztikai faktorok szerinti megoszlás

| Prognosztikai faktorok | Kezelési típusok | | | | | |
|---|------------------------|-------|-------------------------|-------|------------|-------|
| | Kúraszerű C-kezelés | | Folyamatos C-kezelés | | AC-kezelés | |
| Szövettani típus | N | % | N | % | N | % |
| Cystadenocarci- noma serosum | 8 | 72,7 | 16 | 72,7 | 9 | 75,0 |
| Cystadenocar- cinoma mucino- sum | 3 | 27,3 | 5 | 22,7 | 2 | 16,7 |
| Mesonephrogen carcinoma | 0 | | 0 | | 0 | |
| Carcinoma endo- metrioides | 0 | | 0 | | 0 | |
| Differenciálatlan, nem besorolható carcinomák | 0 | | 1 | 4,5 | 1 | 8,3 |
| <i>Klinikai stádium</i> | | | | | | |
| I. | 0 | | 0 | | 0 | |
| II. | 4 | 36,4 | 8 | 36,4 | 5 | 41,7 |
| III. | 7 | 63,6 | 12 | 54,5 | 7 | 58,3 |
| IV. | 0 | | 2 | 9,1 | 0 | |
| <i>Szövettani differen- ciáltsági fok</i> | | | | | | |
| Jól differenciált | 2 | 18,1 | 4 | 33,3 | 4 | 33,3 |
| Mérsékelten diff. | 7 | 63,6 | 14 | 63,3 | 7 | 58,3 |
| Alacsonyan diff. | 1 | 9,1 | 2 | 9,1 | 1 | 8,3 |
| Nem közlik | 1 | 9,1 | 2 | 9,1 | 0 | |
| <i>Életkor</i> | | | | | | |
| —39 | 0 | | 3 | 13,6 | 0 | |
| 40—59 | 8 | 72,7 | 15 | 68,1 | 11 | 91,6 |
| 60—74 | 3 | 27,9 | 4 | 18,2 | 1 | 8,3 |
| Összesen: | 11 | 100,0 | 22 | 100,0 | 12 | 100,0 |

beteg testméretétől függően 400—800 mg dózissal. A terápia intraoperatív elkezdését a patológus konzílium tette lehetővé. Infúziós formában folytattuk a kezelést 4 napon át 400 mg dózissal, majd per os ugyancsak 400 mg dózist alkalmaztunk a toxikus mellékhatások jelentkezéséig — fvs szám $2 \times 10^9/1$.

A kúrát 3—4 hónapos időközönként ismételtük, egy-egy ciklusban 9—10 g Cyclophosphamidot alkalmazva, átlagosan 3 alkalommal a betegek tűrőképessége szerint.

A folyamatos C-kezelés első részét a nagydózisú adagolás képezte, amit a kúraszerű kezeléssel azonos módon végeztünk.

A folyamatos, később ambulanter körülmények között folytatott, napi 100 mg-s dózisa akkor térünk át, amikor a myelotoxicitás jelentkezett (fvs $2 \times 10^9/1$).

A betegeket havonta ellenőriztük. A kezelést $2,0 \times 10^9/1$ fvs. szám alatt vagy egyéb, a vitális funkciókat veszélyeztető mellékhatások észlelésekor függesztettük fel. Ha ilyen mellékhatást nem észleltünk, 2 évig folytattuk azt. A toxikus mellékhatások megszüntetése után is folytattuk a kezelést, ha azok két hónap alatt rendeződtek.

Az AC-kezelést a 10. posztoperatív napon kezdtük el. Az Adriablastina-t intravénás bólus injekció formájában adtuk 50 mg/testfelület m^2 dózisban, a Cyclophosphamidot pedig 250 mg/testfelület m^2 dózisban, per os 6 napon át. A fehérvérsejt- és trombocitaszámot a kezelés befejezését követően 1, illetve 2 héttel ambulanter ellenőriztük. A kúrát 30 naponként ismételtük, 6 alkalommal.

Az összehasonlításra került betegcsoportokban vizsgáltuk mindhárom terápiás paramétert: a remisszió mértékét, a remisszió tartamát és a túlélést.

A remisszió mértékét ötfokozatú skála szerint állapítottuk meg. A tumornagyság változást a korábbi években bimanuális vizsgálattal, később ultrasonográfiás méréssel határoztuk meg.

A remisszió tartamát és a túlélést a kezelés elkezdésétől számítottuk és hónapokban fejeztük ki. Az AC-kezelés esetén a kezelés elkezdésétől eltelt idő 2 éves nyomonkövetést tett lehetővé.

A kezelés mellékhatásait a betegek fizikális státusza szempontjából a Zubrod-skála [17] szerint, a toxikus mellékhatásokat pedig a WHO ajánlását követve értékeltük.

Vizsgálataink során számítógépes feldolgozást alkalmaztunk. A statisztikai értékelésre a χ^2 -próbát és a Wilcoxon-tesztet használtuk [16].

Eredményeink

Az elért remisszió mértékét kezelési típusonként a II. táblázatban részletezzük. A különbségek statisztikai módszerekkel történt elemzés során a részleges és teljes remisszió együttes arányát vettük

II. táblázat

A remisszió mértéke kezelési típusonként

| Kezelési típusok | A remisszió mértéke | | | | | | | | | | p | | |
|-------------------------|---------------------|---|--------------|------|-------------------|------|---------------|------|-------------|------|----|-----------------|-------|
| | Propagáció | | Stabilizáció | | Mérsékelt rem. | | Részleges rem | | Teljes rem. | | | Összesen N % | |
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | | | |
| Kúraszerű C-kezelés | 0 | — | 4 | 36,4 | 5 | 45,5 | 1 | 9,1 | 1 | 9,1 | 11 | 100,0 | 0,003 |
| Folyamatos C-kezelés | 0 | — | 4 | 18,2 | 2 | 9,1 | 2 | 9,1 | 14 | 63,6 | 22 | 100,0 | |
| AC-kezelés | 0 | — | 0 | — | 0 | — | 4 | 33,3 | 8 | 66,7 | 12 | 100,0 | 0,000 |

A betegek általános állapotának változása
a kezelés folyamán

| | Kezelési típusok | | | | | |
|--|---------------------|-----------|----------------------|-----------|------------|------|
| | Kúraszerű C-kezelés | | Folyamatos C-kezelés | | AC-kezelés | |
| | KE% | KU% | KE% | KU% | KE% | KU% |
| 1. Teljes munkaképesség | 81,3 | 0 | 85,9 | 32,8 | 72,0 | 8,0 |
| 2. Könnyebb munkára alkalmas | 12,5 | 28,1 | 7,8 | 35,9 | 20,0 | 68,0 |
| 3. Az ébrenlét kevesebb mint 50%-át tölti ágyban | 3,1 | 12,5 | 4,7 | 7,8 | 8,0 | 16,0 |
| 4. Az ébrenlét több mint 50%-át tölti ágyban | 3,1 | 3,1 | 1,6 | 9,4 | 0 | 0 |
| 5. Ágyhoz kötött | 0 | 56,3 | 0 | 14,1 | 0 | 4,0 |
| p : 0,000 | | p : 0,000 | | p : 0,132 | | |

KE: Kezelés előtt
KU: Kezelés után

Szignifikánsan romlott a betegek állapota a kúraszerű és folyamatos Cyclophosphamid kezelése során, de nem mondható el ugyanez az AC-kezelésről.

A toxikus mellékhatások értékelésénél a betegeket a WHO szerinti 0, és 1, valamint 2., 3., 4. súlyossági fokozatoknak megfelelően két csoportba osztottuk. Az első csoportba tehát azok a betegek kerültek, akiknél a kezelés mellékhatásokat nem, vagy csak minimális mértékben okozott, a másodikba pedig a súlyosabb, többnyire kezelést igénylő mellékhatásokkal terheltek.

Mindhárom kemoterápiás típus esetén a legsúlyosabb toxikus mellékhatásnak a leukopénia bizonyult. Így a statisztikai elemzés során ezt hasonlítottuk össze.

Szignifikánsan növekedett a leukopénia súlyossága és gyakorisága a kúraszerű és folyamatos Cyclophosphamid kezelés viszonylatában. Nem volt azonban szignifikáns különbség az előző két kezelés és az AC-kezelés között (IV. táblázat).

A IV. táblázatban feltüntettük további mellékhatások kezelési típusonkénti gyakoriságát is.

Az AC-kezelés esetén a betegek 76,0%-ánál fordult elő antiemetikumokkal többé-kevésbé befolyásolható hányinger, hányás. Mindhárom kezelési típusban gyakori mellékhatás volt a hajhullás, ami a kúraszerű és folyamatos Cyclophosphamid kezelés esetén a betegek 44,7, illetve 95,1%-át érintette, az AC-kezelésben részesültek közül pedig a betegek 92,0%-át.

A folyamatos C-kezelés cardialis mellékhatásaként felfogható átmeneti tachycardia 1 betegnél fordult elő. Mindegyik AC-kezelésben részesült betegünknek az 550 mg/testfelület m² kumulatív dózis alatt maradván cardiotoxikus mellékhatást nem észleltünk.

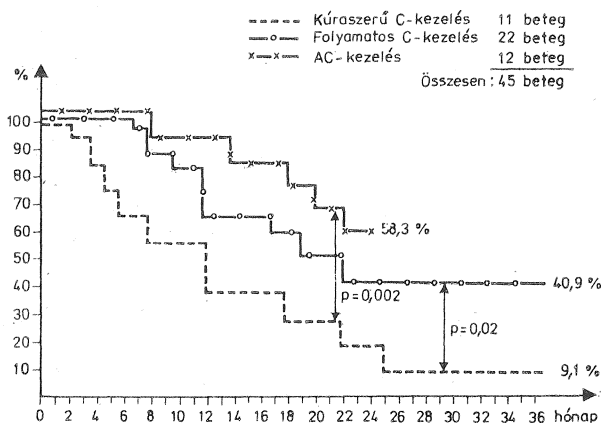
figyelembe kezelési típusonként. Szignifikáns a különbség mind a kúraszerű és folyamatos Cyclophosphamid, mind pedig az utóbbi és az AC-kezelés között.

A remisszió tartamának elemzése során a kezelés elkezdésétől eltelt idő függvényében vizsgáljuk a még remisszióban levő betegek arányát (1. ábra). A különbség szignifikáns a kúraszerű és a folyamatos Cyclophosphamid kezelésben részesültek, nem szignifikáns az utóbbi és az AC-kezelésben részesült betegek között.

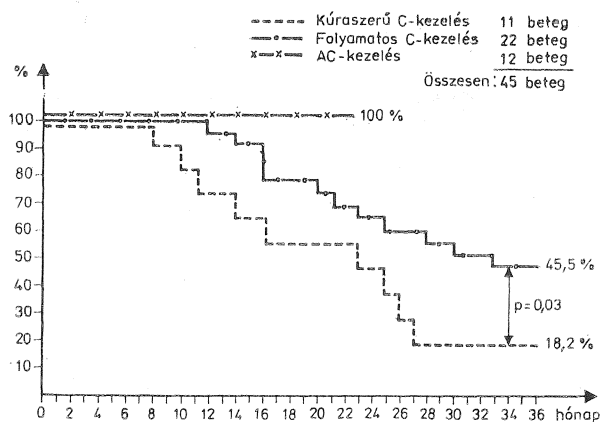
A 2. ábrán a túlélést hasonló módon értékeljük. Ugyancsak szignifikáns a különbség a kúraszerű és a folyamatos Cyclophosphamid kezelésben részesülő betegek között. Mivel a kezelés elkezdésétől eltelt második év végén az AC-kezelésben részesült betegek közül mindegyik életben van, a 2 éves túlélés tekintetében szignifikánsan jobbnak bizonyult az AC-kezelés a kúraszerű és a folyamatos Cyclophosphamid kezelésénél.

A III. táblázatban kezelési típusonként vizsgáljuk, hogyan oszlanak meg a betegek a kezelés előtt és után a Zubrod-skála szerint értékelt fizikális státuszuk alapján.

Statisztikai módszerekkel a Zubrod-skála a 3., 4. és 5. fokozatával jellemezhető betegek arányát vizsgáljuk kezelési típusonként, a kezelés előtti és az azt követő viszonyokat figyelembe véve.



1. ábra. A remisszió tartama kezelési típusonként



2. ábra. A túlélés kezelési típusonként

Az alkalmazott kezelési típusok toxikus mellékhatásai

| | Kúraszerű C-kezelés | | Folyamatos C-kezelés | | AC-kezelés | |
|-------------------|---------------------|---------|----------------------|---------|------------|---------|
| | 0, 1 | 2, 3, 4 | 0, 1 | 2, 3, 4 | 0, 1 | 2, 3, 4 |
| Leukopénia | 15 | 17 | 9 | 52 | 8 | 17 |
| | | 50,1% | | 85,3% | | 68,0% |
| Trombocitopénia | 29 | 3 | 52 | 9 | 25 | 0 |
| | | 9,4% | | 15,7% | | 100,0% |
| Hányás, hányinger | 30 | 2 | 53 | 8 | 6 | 19 |
| | | 6,2% | | 13,2% | | 76,0% |
| Hasmenés | 31 | 1 | 58 | 3 | 24 | 1 |
| | | 3,1% | | 4,9% | | 4,0% |
| Hajhullás | 18 | 14 | 3 | 58 | 2 | 23 |
| | | 44,7% | | 95,1% | | 92,0% |
| Leukopénia | p=0,001 | | p=0,05 | | p=0,05 | |

Megbeszélés

A daganatellenes kemoterápia legkorábban észlelhető eredménye, a remisszió mértékeként értékelte tumormegkisebbitő hatás tekintetében, a legeredményesebbnek az AC-kezelés bizonyult. Négy betegnél 50% feletti tumormegkisebbitő hatást, 8 betegnél pedig teljes remissziót értünk el. Ebben az utóbbi csoportban a tumort, illetve tumorokat olyan mértékben sikerült megkisebbiteni, hogy az nem volt tapintható, ultrahanggal kimutatható.

Ugyancsak kedvező a teljes remisszió aránya a folyamatos C-kezelésben részesült betegek körében is.

A kezelés befejezése előtt az utóbbi időben minden betegnél elvégzett second-look műtétet abban az időszakban, amelyben a vizsgált kezelések történtek, hasonló rendszerességgel nem végeztünk. Így a 12 AC-kezelésben részesült beteg közül 4-nél, a folyamatos C-kezelésben részesültek közül pedig 3-nál állapítottuk meg a tumorentességet second-look műtét során.

A vizsgálataink tárgyát képező 2 cm-nél kisebb átmérőjű, reziduális tumorok a kezelési típusok mindegyikével megkisebbithek voltak, vagy növekedésük rövidebb-hosszabb ideig feltartóztatható volt.

A remisszió tartama tekintetében az eredményességi sorrend azonos a remisszió mértékénél megfigyelttel, bár a különbség elsősorban a folyamatos C- és AC-kezelések között kisebb.

A túlélés tekintetében is azonos az eredményességi sorrend. Figyelemre méltó hogy az AC-kezelésben részesültek közül 2 éven belül egyetlen beteg sem halt el.

A legjobb terápiás eredményeket tehát az AC-kezeléssel értük el és ezt az eredményesség csökkenő sorrendjében a folyamatos C-kezelés, valamint a kúraszerű C-kezelés követte. A három terápiás paraméter disszociációját egyik kezelési típus esetén sem észleltük. A kedvező tumormegkisebbitő hatás jó remisszió tartamot, az utóbbi pedig hosszú túlélést prognosztizál.

A betegek általános állapotát legkevésbé az AC-kezelés rontotta. Legkedvezőtlenebbek tapasztalataink a kúraszerű C-kezeléssel. Ezt tolerálták legkevésbé a betegek. Ebben szerepe volt a tartós hospitalizációnak, és a viszonylag rövid idő alatt folyamatosan adagolt jelentős gyógyszerdózisnak (20—25 nap alatt 9—10 g).

Olyan kevés mellékhatással terhelt citosztatikumot, mint a Cyclophosphamid sem szerencsés a tűrőképesség felső határáig adagolni és ennek során a betegeket tartósan hospitalizálni.

Jól tűrték a betegek a folyamatos C-kezelést. A folyamatos kisdózisú gyógyszeresedés alatt a betegek panaszai megszűntek, hajuk kinőtt és többen jelentették be munkafelvételi szándékukat.

Említett tapasztalatainkat hasznosítva szerveztük az AC-kezelést. A hospitalizációt a még biztonságos minimumra csökkentve a vidéki betegeket kúránként 3, a helybelieket 2 napra vettük fel. Ezáltal elértük, hogy a beteg otthonában töltheti a hónap 28—29 napját, ami által a féléves kezelés is jól tolerálhatóvá válik mind a beteg, mind környezete szempontjából.

A specifikus mellékhatások közül leggyakrabban leukopéniát észleltünk, ami legsúlyosabban a folyamatos C-kezelésben részesült betegeket érintette, de jelentős volt a másik két kezelési típus esetén is. A fehérvérsejtszám minden esetben spontán emelkedett a kezelési szünetek során, a 12—14. napnak megfelelő nadírt követően.

Az AC-kezelés mellékhatásai közül a hányinger, hányás volt a legkellemetlenebb, ami nem, vagy alig volt befolyásolható antiemetikumokkal, súlyosságát és időtartamát tekintve.

A betegeket a kezelés előtt tájékoztattuk a várható mellékhatásokról, így jól viselték, illetve föl tudtak készülni azokra — paróka biztosítása.

Összegezőképpen megállapítható, hogy Adriablastina és Cyclophosphamid egyidejű alkalmazása esetén rövidebb hospitalizáció mellett jobb terápiás eredmények érhetők el, mint a folyamatos vagy kúraszerű Cyclophosphamid kezeléssel, anélkül, hogy a kezelés mellékhatásai súlyosbodnának.

1. Bagley, C. M., Young, R. C., Schein, P. S., Chabner, B. A. és De Vita, V. T.: Ovarian carcinoma metastatic to the diaphragm—frequently undiagnosed at laparotomy. A preliminary report. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 116, 397 (1973). — 2. Beck, R. E. és Boyes, D. A.: Treatment of 126 cases of advanced ovarian carcinoma with cyclophosphamide. *Canad. Med. Ass. J.* 98, 599 (1968). — 3. Buckner, C. D., Briggs, R., Clift, R. A., Fefer, A., Funk, D. D., Glucksberg, H., Neiman, P. E., Storb, R. és Thomas, E. D.: Intermittent high-dose cyclophosphamide (NSC—26271) treatment of Stage III. ovarian carcinoma. *Cancer Chemother. Rep.*, 58, 697 (1974). — 4. Csaba, I., Krommer, K. és Keller, G.: A rosszindulatú petefészekdaganatok folyamatos, hosszantartó cyclophosphamid kezelése. *Magy. Onk.* 17, 218 (1973). — 5. Cseh, I., László, J., László, Gy. és Gáti, I.: A kemoterápia helye és gyógyulási eredményei a primer rosszindulatú petefészekdaganatok kezelésében. *Magy. Nőorv. L.* 46, 431 (1983). — 6. Decker, D. G., Mussey, E., Malkasian, D. G., és Johnson, C. E.: Adjuvant therapy for advanced ovarian malignancy. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 97, 171 (1967). — 7. Edmondson, J. H., Fleming, T. R., Decker, D. G. et al.: Different chemotherapeutic sensitivities and host factors affecting prognosis in advanced ovarian carcinoma versus minimal residual disease. *Cancer Treat. Rep.* 63, 241 (1979). — 8. Ferkó, S., Kiss, I. és Szőnyi, R.: Über die Bedeutung der Strahlen — und operativen Behandlung vor angehenden zytostatischen. *Therapia bei Gebärmutterhals — und Gebärmutterkörperkarzinoma. Acta chir. Acad. Sci. Hung.* 7, 231 (1966). — 9. Frick, H. C. II., Atchoo, N., Adamsons, K., és Taylor, H. C.: The efficacy of chemotherapeutic agents in the management of disseminated gynecologic cancer: Review of 206 cases. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 93, 1112 (1975). — 10. Izbicki, R. M., Baker, L. H., Samson, M. K., McDonald, B. és Vaitkevicius, V. K.: 5—FU infusion and cyclophosphamide in the treatment of advanced ovarian cancer. *Cancer Treat. Rep.* 61, 1573 (1977). — 11. Krommer, K., Csaba, I., és Keller, G.: Cyclophosphamid kezelés különböző módszereivel elért eredményeink összehasonlítása előrehaladott petefészekrákok gyógyításában. *Orv. Hetil.* 117, 1205 (1976). — 12. Major, A., Krommer, K., Csaba, I., és Keller, G.: Nagy dózisu Endoxan kezeléssel szerzett tapasztalataink a rosszindulatú petefészekdaganatok gyógyításában. *Magy. Nőorv. L.* 33, 33 (1970). — 13. Omura, G. A., Blessing, J. A., Buchsbaum, H. J. és Lathrop, J.: A randomized trial of melphalan (M) vs. melphalan plus hexamethylmelamine (M+H) vs. adriamycin plus cyclophosphamide (A+B) in advanced ovarian adenocarcinoma. *Proc. Am. Soc. Clin. Oncol.* 20, 385 (1979). — 14. Smith, J. P., Rutledge, F. és Wharton, J. T.: Chemotherapy of ovarian cancer: new approaches to treatment. *Cancer* 30, 1656 (1972). — 15. Turbow, M. M., Fuks, Z., és Gatstein, E.: Chemotherapy of ovarian carcinoma: randomization between melphalan and adriamycin-cyclophosphamide. *Proc. Am. Soc. Clin. Oncol.* 19, 394 (1978). — 16. Wilcoxon, F. és Wilcox, R. A.: Some rapid approximate statistics in the procedures. *Lederle Laboratories, American Cyanamid Company, Pearl River* 60, (1964). — 17. Young, R. C., Chabner, E. B., Hubbard, S. P., Fisher, R. I., Bender, R. A., Anderson, T., Simon, R. M., Canellos, G. P. és De Vita, V. T.: Advanced ovarian adenocarcinoma: a prospective clinical trial or melphalan (L—PAM) versus combination chemotherapy. *N. Engl. J. Med.* 299, 1261 (1978). — 18. Zoltán, I.: Új lehetőségek a petefészekrák gyógyításában. *Orv. Hetil.* 29, 1569 (1968). — 19. Zubrod, C. I., Miller, A. B., Hoogstraten, B., Staquet, M. és Winkler, A.: Reporting Results of Cancer Treatment. *Cancer* 47, 207 (1981).

Хернадид, З., Лампе, Л., ЗТакач, И., Йухас, Б., Махунка, И.: Сравнение результатов, полученных при лечении рака яичников с разными применениями циклофосфамида и одновременно назначением Циклофосфамида и Адриобластина

Авторы сравнивают данные, полученные при периодическим и постоянно назначенным Циклофосфамидом и при применении комбинации Циклофосфамида и Адриобластина. Группы больных были подобными с прогностического аспекта. Время вылечения и переживание самые хорошие при комбинированном лечении и побочные действия более менее в этом случае. Лечение циклофосфамидом даёт лучшие результаты при периодическом применении и в этой форме побочные действия намного меньше.
Ключевые слова: рак яичников, Циклофосфамид, Адриобластин, терапия

Hernádi, Z., Lampé, L., Takács, I., and Juhász, B.: The comparison of therapeutic results of cyclophosphamide and of cyclophosphamide and adriamycin

A comparison of treatment with cyclophosphamide and that with cyclophosphamide and adriamycin (Adriablastina[®]) has shown that the rate of response, the regression of the tumor and the duration of the survival were markedly improved in the patients who received the combined chemotherapy. The cyclophosphamide treatment proved to be more effective and produced less side-effects when used continuously and not intermittently.

Key words: ovarian cancer, cyclophosphamide, adriamycin, chemotherapy

Közlésre elfogadva: 1984. július 4.